

サービス利用留意事項確認書

令和 年 月 日

主治医先生・担当介護支援専門員 様

ご担当の利用者様が「小規模多機能ホームさくら」のご利用を希望されております。つきましては、サービス実施にかかる留意点等の情報をいただきたく存じます。ご多忙の中恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

記載担当者 *ケアマネジャー様でご記入いただいても結構です。

・居宅介護支援事業所： ケアマネジャー氏名()

・住所：

・電話： ・FAX：

フリガナ		男	明・大・昭
ご利用者氏名		女	年 月 日 ()歳
ご利用者住所	〒 -	電話	- -
かかりつけ医療機関：		電話	- -
主治医名			
既往歴	年 月頃		年 月頃
	年 月頃		年 月頃
現病歴	年 月頃		年 月頃
	年 月頃		年 月頃
現在処方されているお薬			
朝	昼	夕	眠前
現在行っている処置・治療(傷の処置・インスリン注射・透析等)			
サービス提供にあたっての留意点 *サービス中止の目安となるバイタル数値等	感染症について： 無 ・ 有 () 留意事項：		
	アレルギーについて： 無 ・ 有 () 留意事項：		
	バ イル 留意事項：		
	入 浴 留意事項： *入浴中止の目安となるバ イル数値等がわかればご記入ください。		
	その他 留意事項：		

* 直近の検査データや内服薬の一覧等をお持ちの方は、写しを添付してください。